



**הצהרה על העדרות בגין מחלה קשה של בן/בת זוג**

שם העובד/ת \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ מחלקה: \_\_\_\_\_ טל' \_\_\_\_\_

**פרטי בן/בת הזוג**

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ ת.לידה \_\_\_\_\_

העדרות מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_ בשעות מ \_\_\_\_\_ עד \_\_\_\_\_

אישור רפואי על מחלת בן/בת זוג

אישור על ליווי לטיפולים רפואיים

חתימת העובד/ת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

שימוש מדור נוכחות: סמל 494

עודכן בתאריך \_\_\_\_\_

הערות:

---

---